

図4-3 国民一人あたり実質医療費：日英比較

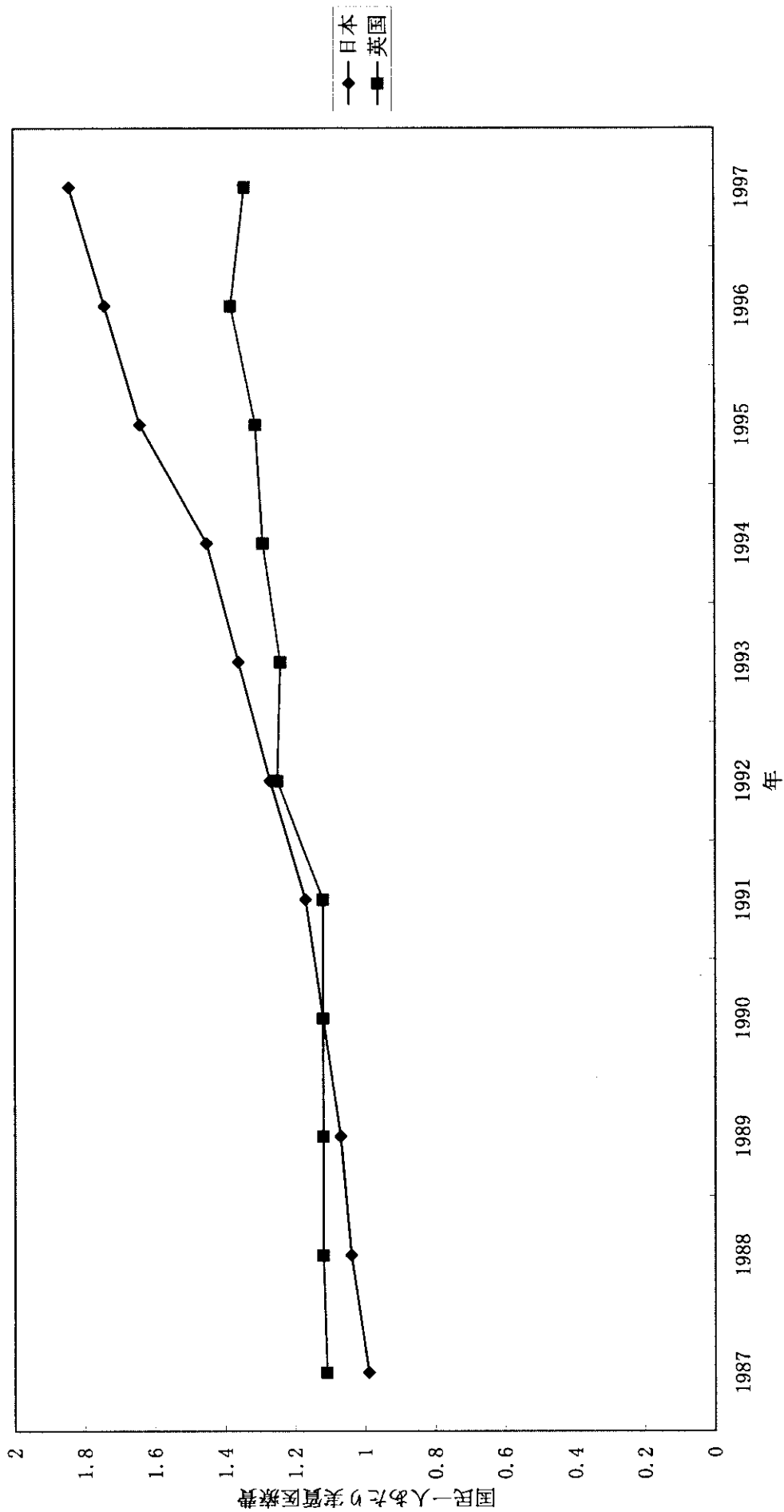


図4-4 人口千人あたり医療従事者：日英比較

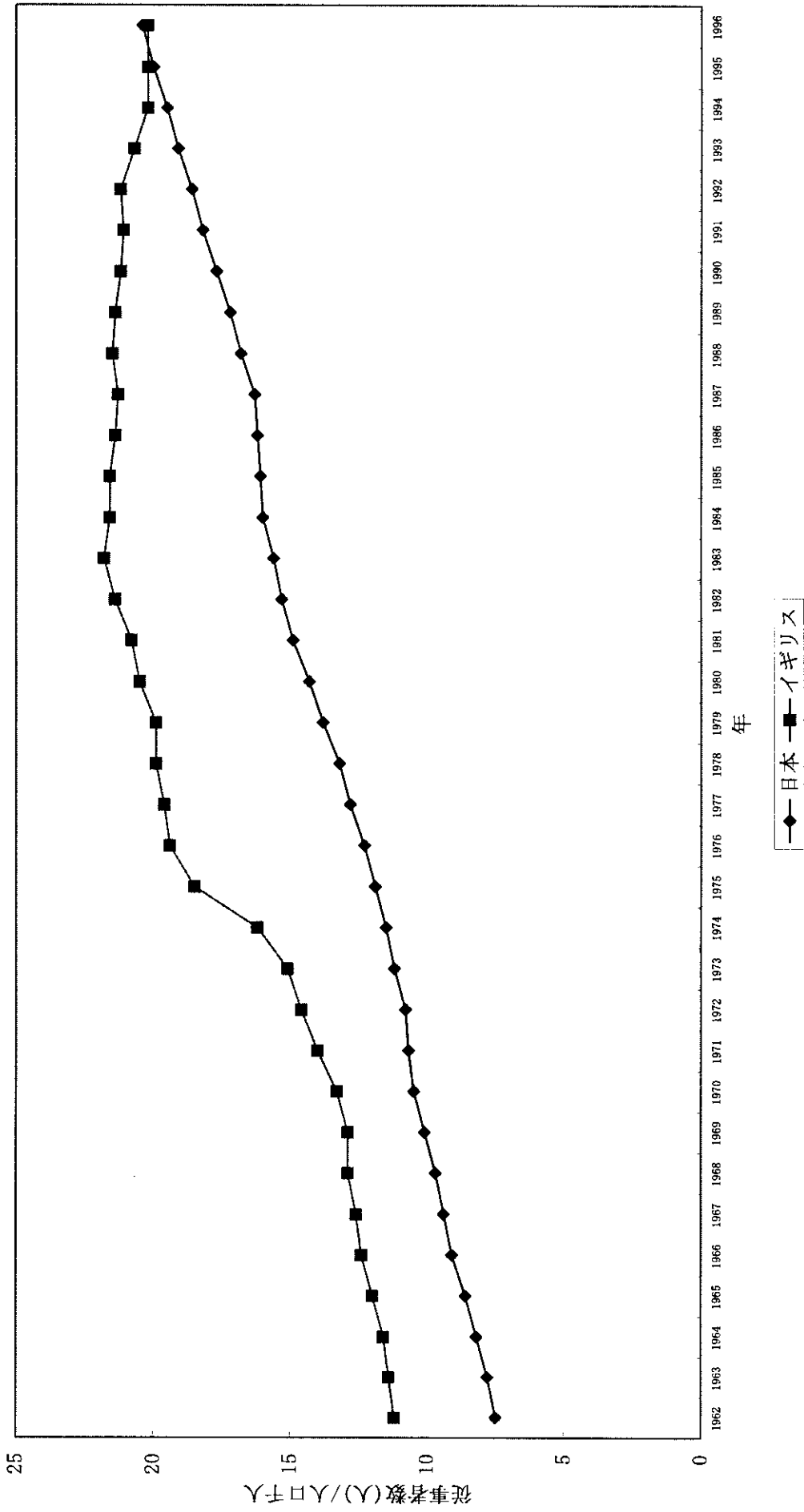


図4-5 人口千人あたり病床数：日英比較

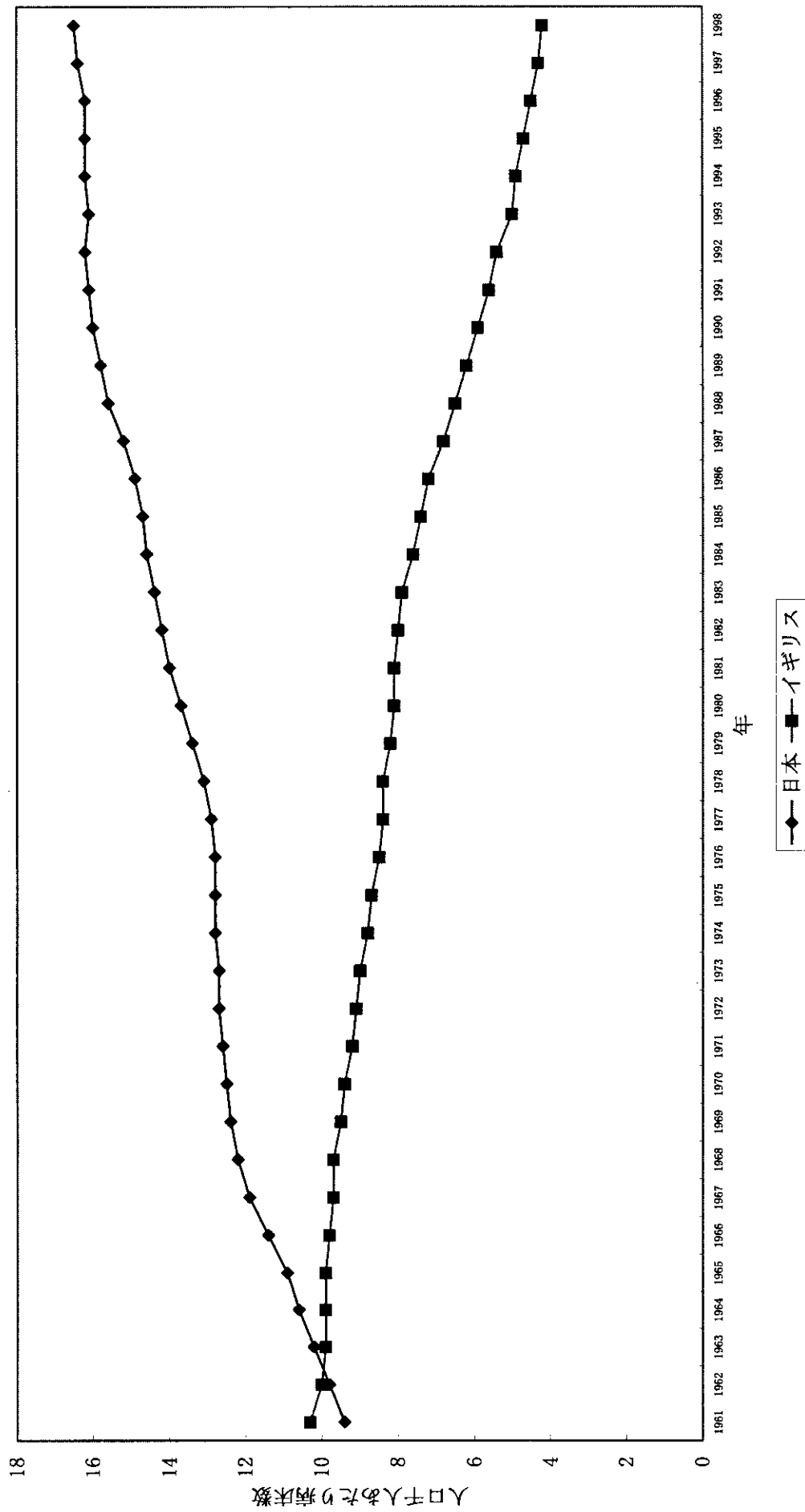
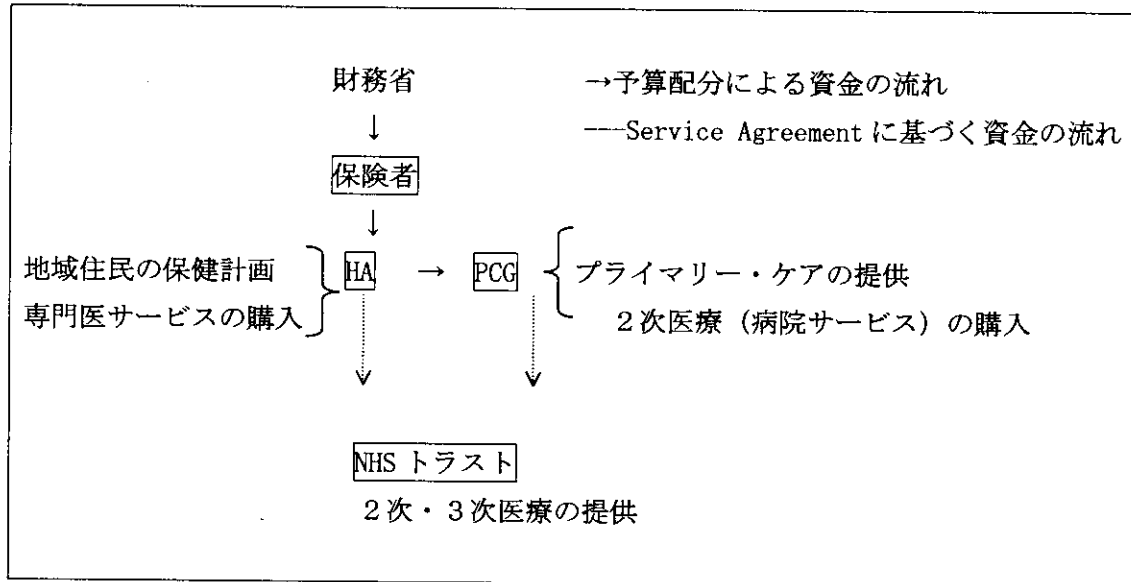


表 4 - 6 平均寿命

性別	国	1960	1970	1980	1990	1997
女性	日本	70.2	74.7	78.8	81.9	83.8
	イギリス	74.2	75.2	77	78.5	79.7
男性	日本	65.3	69.3	73.4	75.9	77.2
	イギリス	68.3	68.6	71	72.9	74.6

Copyright OECD HEALTH DATA 1998

図 5-1. 組織と資金の流れ



年度	1992	1995	1998	1999
入院および日帰り手術患者数	48335	56570	64386	61175
病棟で治療された患者数	5280	2411	2160	2010
外来患者数	176126	198966	203410	222181
事故および救急患者数	64571	68910	70524	74737
地域で受診した患者数	541100	572520	613526	586526
デイケア利用者数	71955	70745	81425	82913
(患者の希望による) 病理診断件数	426000	524000	477774	470288
検査セット数			122365	132245
(患者の希望による) 放射線利用回数	97712	110160	122365	132245
作業療法回数	8046	13399	14164	16354
スタッフ数 (平均値)	4586	5000	5172	5263
スタッフ数 (常勤換算)	3460	3321	3475	3591

表 5-2 : York Health Services NHS Trust の
患者数・スタッフ数の概要

	1992	1995	1998	1999
コンサルタント	76	89	106	105
その他医師	113	122	140	145
各種療法士・技術者	265	250	264	288
看護婦	1204	1175	1192	1289
看護助手	495	498	493	538
常勤換算				

表 5-3 : 職種別スタッフ数

	1995	1997	1999
NorthYorkshire Health Authority	65.7	68.4	110.1
他のHealth Authority	5.1	3.3	6.5
GP Fundholder	18.5	24.2	
Extra contractual refferals	1.5	1.1	
私費診療患者	0.6	0.7	0.8
他の収入	4.4	6.8	7.5
総計	95.8	104.5	124.9

単位:100万ポンド

表 5-4 : 財源別医業収入

	1995	1997	1999
医師・歯科医師	11	12	12
看護スタッフ	32	30	28
専門技術者	9	10	10
修理・補助スタッフ	6	7	6
管理・事務スタッフ	8	7	6
管理者報酬	3	3	3
給与小計	69	69	65
減価償却	4	4	8
在庫	7	6	5
医薬品・医療用具および関連サービス	10	12	12
一般財および関連サービス	10	9	10
その他	-		
総計	100	100	100

単位:%

表 5-5 : 費目別支出内容

	1994-95	1996-97	1998-99	1999-2000
一般外科	84	99	78	76
泌尿器科	81	66	41	48
整形外科	88	57	50	49
耳鼻咽喉科	38	95	62	55
眼科	76	65	62	54
口腔外科	58	89	98	97
形成外科		37	62	54
産婦人科	64	97	81	71
一般内科	79	80	66	61
皮膚科	62	97	67	70
小児科		94	95	91
リウマチ科		94	86	84
全診療科		83	70	67

13週間以内に診察された患者数の比率(%)

表 5-6(1) : York Health Services NHSTrust における外来患者
ウェイティングリストの状況-1

	1994-95	1996-97	1998-99	1999-2000
一般外科	100	100	97	96
泌尿器科	97	96	75	71
整形外科	96	95	85	84
耳鼻咽喉科	99	100	91	79
眼科	99	86	84	80
口腔外科	97	99	100	99
形成外科		42	88	92
産婦人科	94	100	97	93
一般内科	98	95	94	89
皮膚科	100	100	98	97
小児科		98	99	98
リウマチ科		100	99	99
全診療科		96	92	89

26週間以内に診察された患者数の比率(%)

表 5-6(2) : York Health Services NHSTrust における外来患者
ウェイティングリストの状況-2

	1994-95	1996-97	1998-99
一般外科	63	76	65
泌尿器科	74	86	80
整形外科	50	63	47
耳鼻咽喉科	57	72	48
眼科	38	47	31
口腔外科	46	64	47
産婦人科	66	83	73
一般内科		86	91
全診療科		76	71

3ヶ月以内に入院が許可された割合

表 5-7(1) : York Health Services NHSTrust における外来患者
ウェイティングリストの状況-1

	1994-95	1996-97	1998-1999
一般外科	92	100	91
泌尿器科	98	100	98
整形外科	94	100	87
耳鼻咽喉科	97	100	94
眼科	64	100	57
口腔外科	92	100	84
産婦人科	97	100	98
一般内科		100	100
全診療科		100	93

12ヶ月以内に入院が許可された割合

表 5-7(2) : York Health Services NHSTrust における外来患者
ウェイティングリストの状況-2

年度	1994	1995	1996	1997
件数	374	346	349	355

表 5-8 : 苦情件数

ケースごとの費用もしくは利用ベースでの請求	
血友病治療	400
ベータインターフェロン	200
腎透析ユニット運営費用	1100
法精神医学用病床 (above 8 beds)	180
母子ユニット (above 15 beds)	30

単位: 1000 ポンド

表 5-9 : ケースごと及び利用ベースでの請求分

別途契約	
診療管理	125
コンサルタント特別報酬	260
医療過誤関係	600

単位:ポンド

表 5-10 : 別途契約分

		8 月第 1 週	8 月第 2 週	8 月第 3 週	8 月第 4 週
入院ケース数 (選択的分)	目標	4096	4345	4544	4793
	実数	3556	3778	4012	4215
	差	-540	-567	-532	-578
入院ケース数 (選択的・非選択 的分合算)	目標	13435	14202	14920	15688
	実数	13527	14296	15074	15845
	差	92	94	154	157
入院待機患者数	目標	6625	6604	6587	6566
	実数	6799	6654	6481	6365
	差	174	50	-106	-201
入院キャンセル		4	14	11	50

表 5-11 : 週間パフォーマンスモニタリングの結果

	1994	1995	1996	1997	1998
事業収入	86899	88773	90346	94387	98669
他の事業収入	4043	3409	5503	5881	5895
事業支出	-84671	-87165	-91756	-95162	-98480
事業余剰	6271	5017	4093	5106	6084
固定資産の処分による余剰(損失)	-16	-21	37	-27	2
余剰(金融収支を除く)	6255	4996	4130	5079	6086
利子受取	231	200	217	139	355
利子支払	-4075	-4172	-4483	-4560	-4383
余剰(金融収支を含む)	2411	1024	-136	658	2058
公的資本に対する支払	-437	-365	-	577	2049
当年度留保余剰	1974	659	-136	81	9

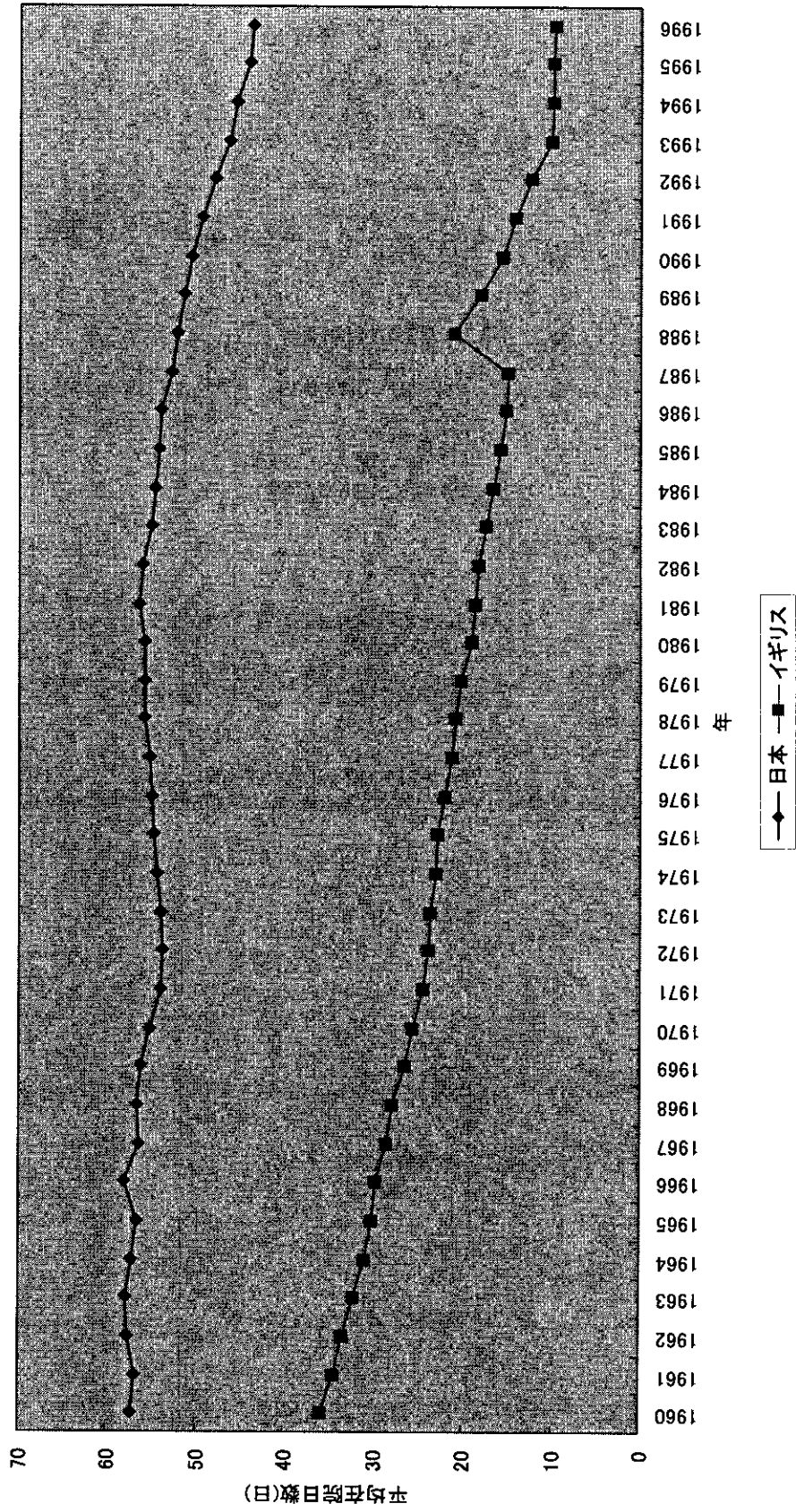
各年度 3 月 31 日現在

単位:1000 ポンド

表 5-12 : York Health Services NHSTrust の経営収支

図6 平均在院日数

平均在院日数：日英比較



付録 1

「保険者機能」UK(2001.2.14)		目的			備考
		効率	質	患者誘因	
特徴 1. 医療サービスは公共サービス					
2. GPが強いgate keeperの役割を果たしている。					
3. 保険者はいない。					
0 保険者又はその機能を果たしている者	HA, PCG/PCT				
I 保険者と被保険者の関係					
医療機関情報の提供	○ 医療機関自身が情報提供			○	
アクセスの制限	○ 診療の制限 (効果が少ない、予算がない)	○		○	ウェイティング・リスト、病院には必ずGP経由
疾病予防と疾病管理	○ HAが地域単位でHimPを作成 個人単位にはGPの役割が大きい				
満足度調査	○ 医療機関が苦情件数を公表			○	
被保険者による保険者の選択	×				
II 保険者と医療機関の関係					
医療機関の評価・選択	×	病院の評価はあるが選択は例外的 国民はGPを選択できる			
医療機関との契約・価格交渉	○ HA又はPCG/PCTとTrust病院との間の Agreement (合意書)			○	
診療ガイドライン (受診時)	○ NICE	○			N. I. of Clinical Excellence
診療内容の事後審査	○ Accounting Auditによる会計監査	○			
III 保険者が自ら提供する医療サービス					
薬剤管理・給付	×				
保険者直営病院	×				
IV 保険者と政府の関係					
事業運営の規制	×				
診療報酬支払制度	×				
医療サービスの標準化	○ CHI			○	Commi. for Health Improvement
V 保険者による事業の効率化					
保険者規模	○ HAの統廃合、PCTへの移行	○			
システムの情報化 (被保険者カード等)	×				
VI 医療機関					
診療ガイドライン	○ 病院のパフォーマンス・モニター NICE				
EBM					

(注) 効率=医療サービスの効率化, 質=医療サービスの質の向上, 患者=患者の立場の強化, 誘因=正しいインセンティブ

-
- 1) 2000年2月11日現在。
 - 2) ただし Post Graduate に対する教育は以下で述べる Health Authority が責任を負っている。
 - 3) 以下の記述は Rice and Smith(1999)によっている。
 - 4) 保守党政権下で行われた改革では契約と呼ばれていたが、労働党政権下では契約ではなく、合意文書(agreement)と呼んでいた。政府部門同士の資金のやりとりであることも考慮に入れば、「合意文書」という呼び方が当てはまりがよいように思われる。
 - 5) この節は NICE のホームページ(<http://www.nice.gov.uk>) の内容をまとめたものである。
 - 6) 本稿の内容については社会保険旬報 2001年2/1号、2/11号において多少紹介した。

(参考文献)

- ① Baggott R. (1998). Health and Health Care in Britain. European Observatory on Health Care System (1999). Health Care Systems in Transition : United Kingdom.
- ② Glennerster H. (2000). The United Kingdom's New Health and Welfare Policy : A changed role for markets.
- ③ North Yorkshire Health Authority, Annual Report 98/99, (1999).
- ④ Robinson R. (2000). Primary Health Care in the UK : Policy, Practice and Performance. 海外社会保障研究 No.131, 83-96.
- ⑤ The Secretary of State for Health (1997). The new NHS : Modern and Dependable.
- ⑥ The Secretary of State for Health (2000). The NHS Plan : A plan for investment A plan for reform.
- ⑦ York Health Services NHS Trust, Annual Report 1999/2000, (1999).
- ⑧ York Health Services NHS Trust, Service & Financial Framework 2000/01 with the York/Selby PCG's & North Yorkshire Health Authority, (2000).
- ⑨ 武村真治(2000). イギリス. 日本公衆衛生協会編 世界の公衆衛生体系.
- ⑩ 府川哲夫(2000). NHS 改革の論点. 高齢者の医療・介護に関する日英比較研究. IPSS STUDY SERIES 2000. 2.

第3章 ドイツ医療保険の保険者機能

松橋光俊
泉田信行

1 概説

1 保険者

(1) ドイツ医療保険の保険者（疾病金庫）の現状

- ・法定医療保険は、社会法典第5編に規定され、法制上、単一の制度である。
- ・保険者は、疾病金庫 (Krankenkasse) である。
- ・疾病金庫は、以下の8種類 (グループ) に大別される。

[参考]疾病金庫数 (98年6月1日 現在)

	旧西ドイツ地域	旧東ドイツ地域
地区疾病金庫 (AOK)	12	6
職員代替金庫 (EAN)	7	6
労働者代替金庫 (EAR)	6	3
企業疾病金庫 (BKK)	366	15
同業者疾病金庫 (IKK)	28	14
海員金庫 (SeeK)	全国で1	
連邦鉱山従業員共済組合 (BK n)	全国で1	
農業金庫 (LKV)	各州に1金庫	

- ・ドイツは皆保険ではないが、法的医療保険が人口の約90%をカバーしている。
- ・制度の対象者は、主として被用者と (年金受給者と) その家族であり、自営業者は一定の従前加入期間要件のもとに任意加入の対象である。
- ・疾病金庫の給付内容は、基本的な部分 (大部分) が法定されており、各疾病金庫グループとも同一である。
- ・保険料賦課の対象所得については、その所得の範囲 (給与、年金、利子、賃貸収入などのそれぞれの扱い) と上限収入の額が、法定されている。
- ・加入する疾病金庫は、沿革的には、居住地域の地区疾病金庫、勤務先企業の企業疾病金庫などと法定されていたが、法改正により、被保険者の加入疾病金庫選択の自由の拡大が1997年から実施された結果、現在、流動化している。
- ・現在、各疾病金庫グループ内での合併が進行中である。

(2) 疾病金庫の性格

- ・独立性 疾病金庫は独立の法的権利義務を持つ公法人である。
 - ・自主管理 このため、管理運営は 加入者がみずから行う。
 - ・意志決定機構
- 管理委員会―被用者、経営者（事業主）同数の代表により構成され、疾病金庫運営の基本的事項を定め、理事を選任する。
- 理事 ―疾病金庫の日常業務を処理する常勤の役員である。任期は6年（再任可）。
これにより、業務管理の責任体制を強化している（1993年の医療保障構造法GSGによる制度化）。
AOKの場合、3人以内（加入者50万人以上）である。理事2人制をとるAOKもある。

(3) 疾病金庫団体

- ・疾病金庫は各グループごとに、AOK連邦連合会（所在地ボン）、V d a k代替金庫連合会（所在地ジークブルク）、BKK連合会（所在地エッセン）などを組織している。
- ・さらに、これらの団体が連合して、中央連合会 Spitzverband を構成している。保険者（団体）間の情報交換、業務分担、合意形成などに寄与しているほか、保険者共通の利害を代表し、保険医団体との診療報酬決定交渉や医療保険制度改革に対する発言、政府との交渉に重要な役割をはたしている。

2 医療保険制度における保険者（疾病金庫）の位置づけ

a 保険者への授権

- ・制度の枠組みを法定する。
- ・具体的運用について、当事者（団体）に委ねている（法律による授権）事項が多い。

b 定款

個々の疾病金庫が個別の運用について、定款で定めることのできる場合がある。

c 監督

疾病金庫の監督は、全国レベルの疾病金庫は連邦政府が、州レベルの活動範囲の疾病金庫は州政府が行うが、自主運営とのバランスをとっている。

3 給付体系への疾病金庫の関与

(1) 保険給付費管理（総枠の管理）

- a 診療報酬 2の各論1に述べる。
- b 予防給付 2000年実施法で規定が再整備された。この具体化を、疾病金庫団体と 保険医団体が協議して定める。
- c ドイツ版DRG 2000年改革法で規定が導入された。この具体化は、疾病金庫団体と保険医団体の今後の協議の進展次第である。

(2) 供給面への関与

- a 保険医数の限定 保険医療登録において、医師会と疾病金庫とが同数の委員会が機能している。
- b 病院の投資的経費 2000年改革案では、疾病金庫が負担する案が盛り込まれていたが疾病金庫の発言権拡大を警戒する病院関係者の意向もあり実現しなかった。

4 保険者としての機能の事例

疾病金庫が保険者としてさまざまな役割を行っている。具体例を示す。

(1) 統一的な規定

a 制度の枠組み全般

「1」を参照

b 保険料対象収入

・保険料賦課の上限収入は法定されている。この額は、年金保険の賦課対象収入上限の75%とされ、2000年は月額6450マルク（旧西ドイツ地域）。毎年、連邦政府の政令により定められる。

c 被保険者獲得競争

被保険者の保険者選択の自由のもとで疾病金庫は被保険者の勧誘宣伝を行うことができるが、その経費は、加入者ひとりあたり7マルク以下と定められている。

(2) 疾病金庫の運用・定款での対応など

a 保険料率

・保険料率は疾病金庫ごとに定款で定める。このため、財政状況に応じて毎年改定されるのが通例であり、場合により年2回の改定もありうる。

実際の保険料率も格差があり、1995年のリスク構造調整の本格実施以降は保険料率の格差は縮小傾向にあるとはいえ、1998年1月現在で、最高15.4%最低9.0%となっている。

b 保険料等級

・任意加入者の保険料等級は定款で定める。

たとえば、ほぼ300マルク刻みとしている例がある。

c 加入制限

・保険者選択の自由が拡大されたが、BKKやIKKは、定款で、例えば加入資格を従業員、関連企業所属、同業者などに、制限できる。ただし、脱退の制限はできない。

d 資格喪失

・任意加入者は翌月15日までに納付すべき毎月の保険料を2カ月滞納すると被保険者資格喪失と法定されているが、運用では疾病金庫により弾力的取扱に差がある。

(3) 疾病金庫間の運営協力

a 適用管理

加入者は、疾病金庫加入者選択の自由に基づき、年1回、9月末日までに申し出て翌年1月1日に疾病金庫を変更できるが、手続きでは、新たな疾病金庫加入情報（の証明書）が提出されたのを受けて、その者の従前加入の疾病金庫の資格喪失手続きが行われることにより、疾病金庫が連携した運用をしている。

b 保険料徴収

社会保険料は、医療保険、介護保険、年金保険および失業保険の保険料を疾病金庫が一括徴収する（事業主は、各被保険者が加入する疾病金庫に、その者に掛かる保険料を事業主負担分も含め、毎月、一括納付する）。

・なお、保険者の事業主に対する保険料の申告納付に関する調査権限は、従来、疾病金庫にあったが、1999年からは、年金保険者が行うことになった。これは、医療保険の保険者選択の自由拡大により1事業主の保険料納付先の疾病金庫数が増えたことによる事業主の負担軽減を図ったものである。

c リスク構造調整のデータ収集協力

約5%の被保険者の医療費の状況をもとに、リスク構想調整は最終的に精算される。その基礎データは各疾病金庫からその団体を經由して収集し、連邦保険庁BVAが確定する。

d 被保険者証の磁気カード化への自助努力

リスク構造調整の実施における上記のデータ収集のために、被保険者カードの磁気情報中に抽出調査対象被保険者を特定する情報を埋め込んである。

この被保険者カードの導入時にその利用のために、保険医療機関に被保険者カードの読み取り機器を設置する必要があったが、そのために疾病金庫全体が1医療機関につき700マルクを助成し、磁気化を促進した。

2 現在の保険者関連機能の例

ドイツ疾病金庫の保険者機能として、日本とは異なる特徴的な事項について述べる。要点を以下に述へ、各論1、2、3を添付する。

○「診療報酬の仕組み」(各論1)

a 診療報酬体系設定の枠組み

- ・統一的枠組みについての連邦レベルでの団体間の取決め
- ・具体的内容についての州レベルでの契約

b 診療報酬の請求(審査・支払い)

- ・開業医の「外来診療」の請求は保険医協会へ
- ・調剤薬局の「薬剤費」(開業医の処方による)の請求は疾病金庫へ
- ・病院の「入院診療費」の請求は疾病金庫へ

○「MDK」(各論2)

- ・各州に設立されている、全疾病金庫のための業務を行う
- ・疾病金庫の有する組織内の医師その他の専門技術集団
- ・個々の医療内容に関与する能力と実務
- ・なお、本稿ではふれていないが、MDKは、介護保険の要介護認定機関の役割をもつ機関である。

○「WIDO」(各論3)

- ・AOK設立のシンクタンク
- ・各方面からの委託研究を実施しているほか、重要な調査報告書を定期的に刊行し、高く評価されている。

各論1 ドイツの診療報酬の仕組み

1 開業医の診療報酬

(1) 診療報酬の体系

・外来診療

開業医（一般医と専門医がある）は、外来診療のみを行う。

・統一評価基準EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab)

診療行為を体系化し、個別の診療行為ごとに点数Punktwertを設定する。

・代替金庫の診療報酬

なお、疾病金庫のうち代替金庫グループは、別の体系であるが、内容はEBMと類似している。

(2) 診療報酬の契約

・EBMの決定/改定

連邦レベルでEBMの内容を保険者団体と保険医協会の合意により決定

・検討/決定の組織

両当事者代表各9名と中立3名による委員会を組織

委員会に10の作業部会をおき、分野別の検討

委員会の事務局連邦保険医協会（所在地ケルン）に置かれている。

保険者側窓口はAOK連邦連合会（所在地ボン）

b 総予算額の契約

・州レベルで、保険者（個別種類の疾病金庫グループの団体ごとに）と、保険医協会とが、総額請負契約

契約交渉で、外来報酬の総予算額を決定

前年比の伸び率等が議論される。

契約では、当該疾病金庫の「加入者（被保険者本人）一人当たりの単価（マルク）」を定める

・疾病金庫が保険医協会に支払うべき4半期ごとの額を、契約で定める。

(3) 診療報酬の支払い

a 診療報酬の請求

・開業医は、診療報酬を実績にもとづき、州保険医協会に請求

・請求はEBMのコードによる点数での請求。（様式がある。価格を記す必要はない。）

・磁気請求（FD）用の請求ソフトを保険医協会が指定し、統一的な電算事務処理を図っている。

b 保険医協会による請求内容の審査

・州保険医協会は医師の請求内容について審査する。問題があると判断する場合は、請求した医師に連絡の上、査定することがある。連絡を受けた医師は請求内容について説明をすることができる（資料提出や面談）。